



Health Care System

Huntsville Family Health Center
751 Pleasant Row
Huntsville, AL 35816
p 256-533-6311

Athens Family Health Center
1005 W. Market Street, Suite B
Athens, AL 35611
p 256-230-3061

New Market Clinic
110 Clinic Street
New Market, AL 35761
p 256-379-2101

Toney Family Health Center
8208 Highway 53
Toney, AL 35773
p 256-851-8804

Plan de Pago Ajustable / Solicitud de Descuento de Escala Móvil

Es la política de Central North Alabama Health Services, Inc. (CNAHSI) para sus centros de salud proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Se ofrecen ajustes/descuentos basados en el número de personas en su hogar y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información y entréguela a la Recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El ajuste/descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en nuestros centros de salud, pero no a aquellos servicios o equipos médicos que se compren externamente, incluyendo pruebas de laboratorio, medicamentos, lectura de rayos X por un radiólogo y otros servicios de este tipo. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o cada vez que haya cambios en su situación financiera.

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA			LUGAR DE TRABAJO/EMPLEO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

Por favor escriba el nombre de su esposa(a) y de sus dependientes menores de 18 años de edad.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
MI NOMBRE		DEPENDIENTE	
ESPOSO (A)		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

Ingreso Anual del Hogar

Fuente de Ingreso	MI INGRESO	DE MI ESPOSO (A)	OTRO	TOTAL
Salario bruto, propinas, etc.				
Ingresos de negocio, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Pago por desempleo, compensación por accidente en el empleo, seguro social, ingresos suplementarios de seguridad, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos por jubilación o pensión				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia financiera u otras fuentes misceláneas.				
INGRESO TOTAL				

NOTA: es posible que se pida copias de declaraciones de impuestos, talonarios de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Yo Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingreso indicada arriba es correcta.

Nombre (en letra de molde)

Firma

Fecha

--

PARA USO DE LA OFICINA/FOR OFFICE USE ONLY

Patient Name: _____

Approved Discount: _____ Required Payment Visit: _____

Approved By: _____

Date Approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's License, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		